

# 1.1 Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen

*Peter Magunia*

## 1.1.1 Aktuelle Kernherausforderungen für deutsche Krankenhäuser

Die Krankenhäuser in Deutschland stehen im eigentlich stark wachsenden Gesundheitsmarkt vor einer in diesem Umfang noch nicht dagewesenen Anzahl an Herausforderungen. Träger, Aufsichtsräte, Geschäftsführer und Führungskräfte der Krankenhäuser sehen sich in diesem Zusammenhang nahezu kontinuierlich mit z. T. sehr unterschiedlichen strategischen und operativen Aufgaben und Fragestellungen konfrontiert. Kernherausforderungen sind insbesondere:

- Die Positionierung im beschleunigten Strukturwandel der Gesundheitslandschaft vor dem Hintergrund einer weiter zurückgehenden Anzahl an Krankenhäusern und Rehabilitations-Einrichtungen
- Die Bewältigung von wirtschaftlichen Herausforderungen und Investitionsnotwendigkeiten vor dem Hintergrund immer wiederkehrender gesetzlicher Anpassungen zur Kostendämpfung und stärkerer Regulierung
- Die weitere Verbesserung der Krankenhausorganisation und wesentlicher medizinischer sowie nicht-medizinischer Prozesse vor dem Hintergrund z. T. divergierender Ansprüche von Patienten, Mitarbeitern und Wirtschaftlichkeit
- Die Anpassung des medizinischen Leistungsspektrums vor dem Hintergrund einer Veränderung des Versorgungsbedarfs insbesondere im Rahmen der demografischen Entwicklung
- Die effiziente Nutzung der Chancen im Rahmen der Digitalisierung vor dem Hintergrund immer neuer IT-Innovationen und steigender IT-Affinität von Mitarbeitern und Patienten
- Die Erreichung und Sicherstellung einer hochqualitativen medizinischen Leistungserbringung vor dem Hintergrund steigender gesetzlicher Anforderungen und rechtlicher Auseinandersetzungen
- Die Schaffung einer hohen Unternehmensflexibilität vor dem Hintergrund der Notwendigkeit zur raschen und gezielten Reaktion auf äußere nicht-gesetzliche und gesetzliche Einflüsse
- Die Steigerung der Arbeitgeberattraktivität zur Haltung und Gewinnung von qualifiziertem medizinischen und nicht-medizinischen Fachpersonal vor dem Hintergrund eines zunehmenden Fachkräftemangels und steigender Arbeitnehmeransprüche

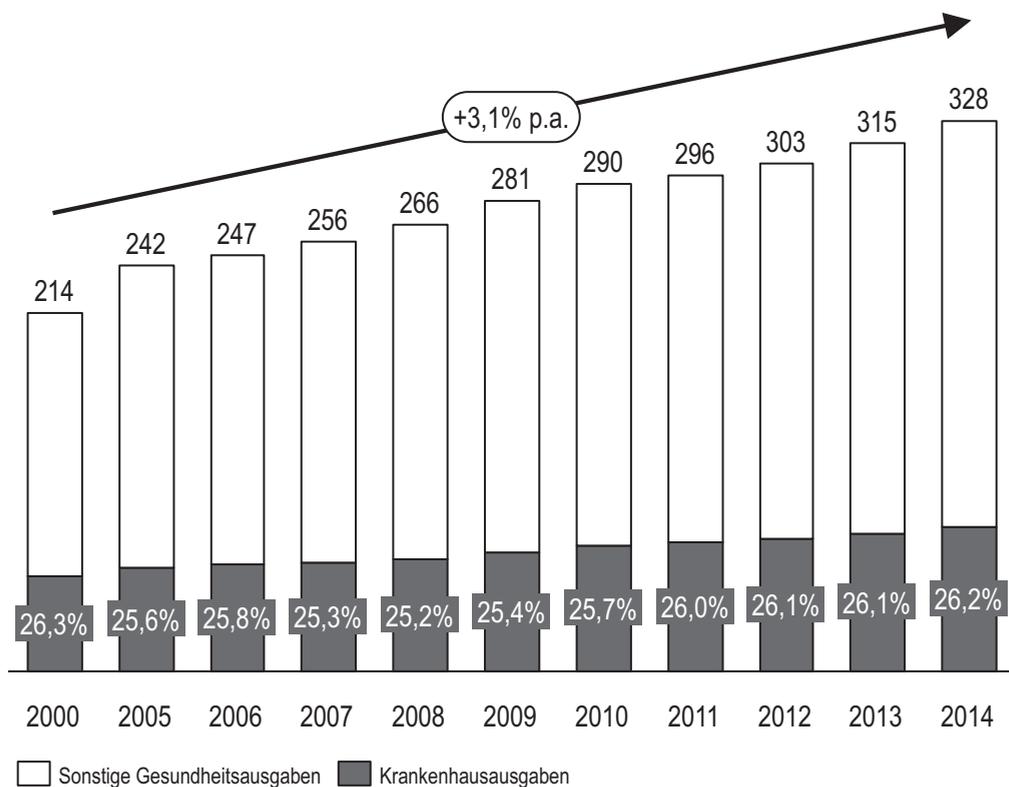
Die kontinuierliche Bearbeitung dieser Kernherausforderungen in interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten internen Stakeholdern und in Kooperation mit anderen Unternehmen ist Grundvoraussetzung für den nachhaltigen Erfolg eines Krankenhauses.

## 1.1.2 Aktuelle Entwicklung des deutschen Gesundheits- und Krankenhausmarkts

### 1.1.2.1 Das Marktvolumen für Gesundheits- bzw. Krankenhausleistungen

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind in den vergangenen Jahren weiter stark angestiegen und überschritten im Jahr 2012 zum ersten Mal die 300 Mrd. Euro Marke. Zuletzt beliefen sich die Gesundheitsausgaben auf rd. 328 Mrd. Euro (2014), entspre-

chend 11,2 % des Bruttoinlandprodukts. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland bezogen auf die Gesundheitsausgaben pro Einwohner mit 4.050 Euro kaufkraftbereinigt auf Rang 6. Dabei sind die Ausgaben für die stationäre und teilstationäre Krankenhausversorgung seit 2005 leicht überproportional auf mittlerweile 85,9 Mrd. Euro, entsprechend 26,2 % der gesamten Gesundheitsausgaben, angestiegen (► Abb. 1.1).



**Abb. 1.1:** Entwicklung der Gesundheits- und Krankenhausausgaben in Mrd. Euro in Deutschland seit 2000  
Quelle: Statistisches Bundesamt, Roland Berger

Ursache für die weiter angestiegenen Krankenhausausgaben sind im Wesentlichen Preiseffekte im Rahmen der steigenden Löh-

ne und der steigenden Preise für einzelne medizinische Produkte sowie auch ein Mengeneffekt. So hat sich die Anzahl der statio-

när in den deutschen Krankenhäusern behandelten Patienten seit dem Jahr 2005 sukzessive um rd. 16 % auf 19,1 Mio. im Jahr 2014 erhöht. Trotz noch nicht voll ausgereizter Effizienzmaßnahmen und Möglichkeiten der Ambulantisierung von stationären Leistungen sowie weiterer gesetzlicher Maßnahmen kann davon ausgegangen werden, dass sich dieser Anstieg weiter fortsetzt. Gründe hierfür sind insbesondere:

- die zunehmende Anzahl an chronisch kranken und multimorbiden Patienten vor dem Hintergrund der alternden deutschen Bevölkerung
- der geringer als früher prognostizierte Rückgang der Bevölkerung vor dem Hintergrund einer zuletzt wieder angestiegenen Geburtenrate und einem stark angestiegenen Bevölkerungszug aus europäischen und nicht-europäischen Ländern
- die zunehmende Anzahl an operativen und invasiven Eingriffen vor dem Hintergrund eines sich beschleunigenden medizinischen und medizin-technischen Fortschritts

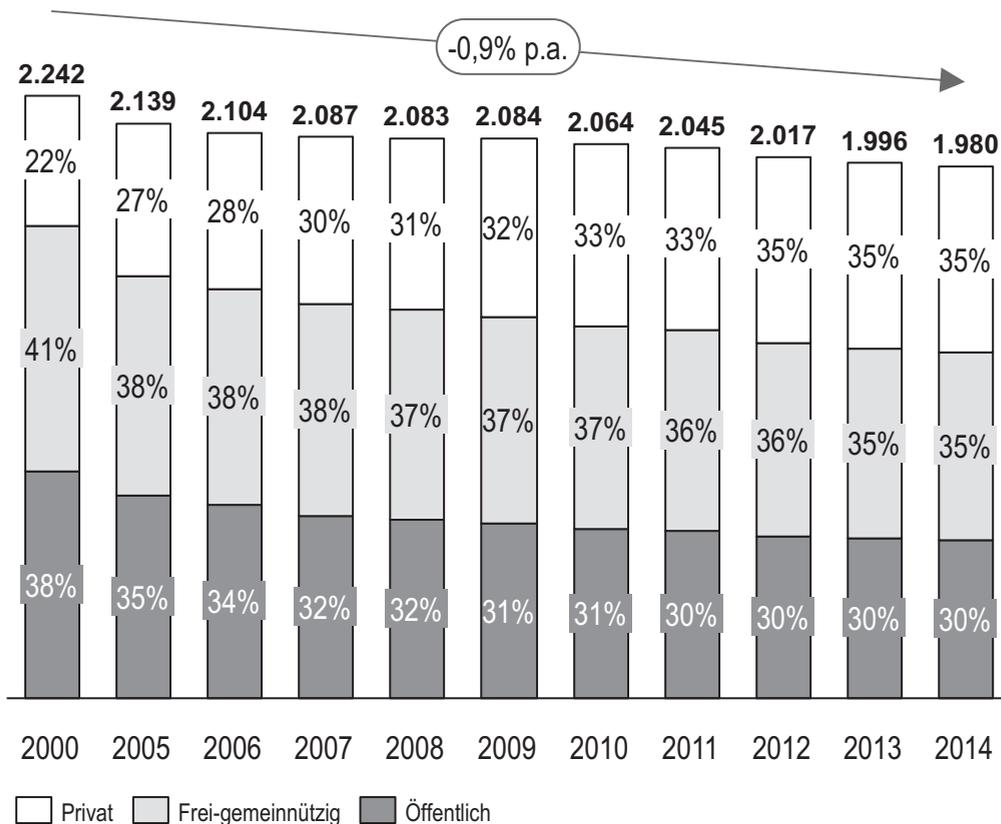
Aufgrund der im gleichen Zeitraum erreichten Verweildauerreduktion um rd. -11 % auf zuletzt 7,4 Tage konnte ein geringer Abbau der aufgestellten Betten um -1 % erzielt werden. Interessant ist hierbei, dass nach einem jahrelangen kontinuierlichen Rückgang von 2013 auf 2014 die Anzahl der Krankenhausbetten, wenn auch nur sehr gering, von 500.671 auf 500.680 wieder angestiegen ist. Die stationäre Bettendichte bezogen auf die Einwohnerzahl hat sich auch nur unwesentlich verändert, sodass Deutschland im Vergleich mit den OECD-Ländern weiterhin die viertgrößte Krankenhausbettendichte aufweist.

### 1.1.2.2 Der Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Trägern

Die erfolgte Bettenreduktion in den letzten Jahren hat sich nicht gleichmäßig auf alle Krankenhäuser verteilt. Während zahlreiche große Krankenhäuser und Universitätsklinik in den vergangenen Jahren Ihre Bettenkapazitäten weiter ausgebaut haben, wurden die Bettenkapazitäten insbesondere in mittleren und kleinen Krankenhäusern weiter verringert sowie eine geringe Anzahl an Krankenhäusern geschlossen. Seit 2005 hat sich die Krankenhausanzahl kontinuierlich auf zuletzt 1.980 Krankenhäuser verringert. Gleichzeitig hat sich die Trägerschaft zahlreicher Krankenhäuser verändert. Während im Jahr 2005 noch lediglich 27 % der Krankenhäuser in privater Trägerschaft waren, hat sich deren Anteil bis 2014 auf 35 % erhöht. Im Gegenzug ist insbesondere der Anteil an öffentlich getragenen Krankenhäusern zurückgegangen (► Abb. 1.2)

Bezogen auf die Anzahl aufgestellter Betten sieht das Kräfteverhältnis zwischen den verschiedenen Trägerarten jedoch noch anders aus. Rd. 48 % aller Betten befinden sich in kommunaler, 34 % in freigemeinnütziger und lediglich 18 % in privater Trägerschaft.

Neben dem ungebrochenen Trend der Privatisierung zeigt sich in den letzten Jahren eine zunehmende Verbundbildung unter den Krankenhäusern. Dies sowohl in gleicher Trägerschaft (bspw. kommunal-kommunal) als auch Trägerschaft-übergreifend (bspw. kommunal-frei-gemeinnützig). Von der Verbundbildung werden insbesondere Skalenvorteile z. B. beim Bezug von Leistungen als auch eine bessere Abstimmung des medizinischen Leistungsportfolios zwischen den Standorten erwartet. Zahlreiche Verbundbildungen haben sich auch wirtschaftlich ausgezahlt. Es bleibt aber festzuhalten, dass zahlreiche große Krankenhausverbünde auch noch Jahre nach einer Fusion/Verbundbildung hohe Verluste ausweisen. Insofern



**Abb. 1.2:** Trägerschaft deutscher Krankenhäuser in % seit 2000  
 Quelle: Statistisches Bundesamt, Roland Berger

ist die alleinige Verbundbildung kein Selbstläufer, sondern kann nur als verbesserter Rahmen für die Optimierung der einzelnen Geschäftsbereiche gesehen werden.

In den nächsten Jahren ist von einem weiteren sukzessiven Rückgang der Anzahl an Krankenhäusern, einem weiteren Fortschreiten der Verbundbildung als auch einem Fortschreiten der Privatisierung auszugehen. Wesentlicher Treiber für diese Entwicklung ist die weiter zunehmend schwierige wirtschaftliche Situation insbesondere von kommunalen und frei-gemeinnützigen Krankenhäusern. So haben zuletzt rd. 40–50 % der Krankenhäuser in Deutschland ein negatives Jahresergebnis ausweisen müssen. Auf dieser

Grundlage betrug die durchschnittliche Eigenkapitalquote der Krankenhäuser zuletzt zwar noch 27 %, allerdings weisen zahlreiche Krankenhäuser eine Eigenkapitalquote von unter 10 % auf. Auch die Zukunftserwartung der Krankenhausgeschäftsführer stimmt pessimistisch, rd. 90 % gehen von einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation in der nahen Zukunft aus, rd. 36 % erwarten zunehmende Probleme hinsichtlich ihrer Liquidität. Bis dato ist allerdings nur in den seltensten Fällen eine Insolvenz die Folge. So beläuft sich die Anzahl an Krankenhaus-Insolvenzen in Deutschland in den Jahren 2013–2014 auf 23. Die betroffenen Krankenhäuser waren

zudem von der Bettengröße her sehr klein und hatten nur einen geringen Umsatz (<25 Mio. Euro). Ende 2014 und Anfang 2015 waren allerdings die ersten »größeren« Krankenhaus-Insolvenzen mit einem Umsatz von rd. 50 Mio. Euro zu beobachten.

Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass zahlreiche öffentliche Krankenhäuser aktuell noch von z. T. 7-stelligen Zuschüssen ihres jeweiligen Trägers profitieren. Die rechtliche Musterprozess-Klage des Bundesverbands deutscher Privatkliniken (BDPK), dass entsprechende Zuschüsse (im entsprechenden Fall Ausfallbürgschaften und Investitionszuschüsse eines kommunalen Trägers) EU-Beihilferechtlich unzulässig sind, wurde in der ersten Instanz im Jahr 2013 und in zweiter Instanz vor dem OLG Stuttgart Ende 2014 abgewiesen. Wegen der grundsätzlich klärungsbedürftigen Rechtsfrage wurde die Revision zum Bundesgerichtshof zugelassen. Damit bleibt letztlich abzuwarten, wie der BGH, und ggf. in der letzten Instanz auch der Europäische Gerichtshof, entscheiden wird. Sollte das Urteil zugunsten des BDPK ausfallen, würden auf einen Schlag zahlreiche bis dahin subventionierte Krankenhäuser einer Insolvenzgefahr gegenüber stehen.

### 1.1.2.3 Die Gründe für den wirtschaftlichen Zustand der deutschen Krankenhäuser

Für die z. T. schwierige wirtschaftliche Situation werden von verschiedenen Seiten neben krankenhausespezifischen Ursachen im Wesentlichen drei externe Faktoren verantwortlich gemacht.

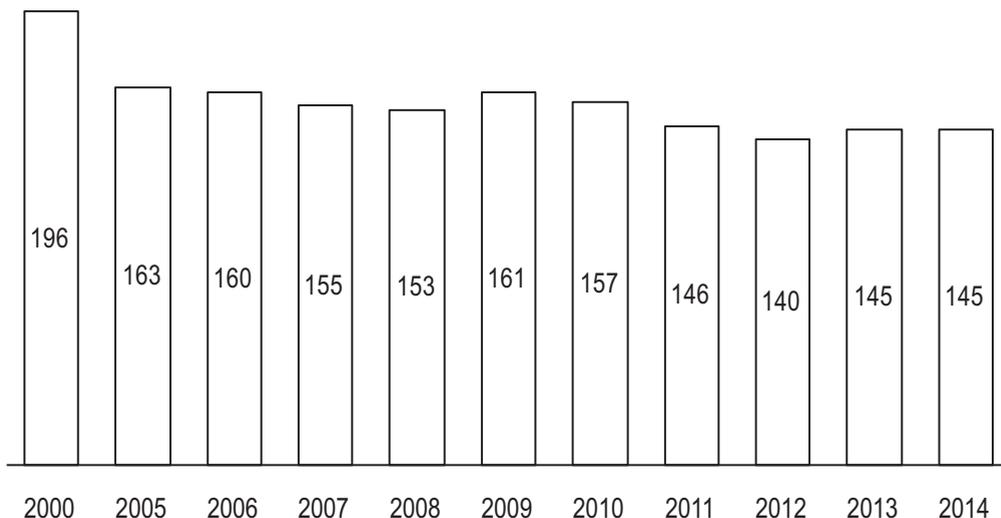
Als erste Ursache gelten die stagnierenden Investitionszuschüsse von Seiten der Bundesländer, bei einem seit Jahren bestehenden und weiter zunehmenden Investitionsstau. Dieser Investitionsstau wird sowohl im Krankenhaus-infrastrukturellen als auch im medizintechnischen Bereich konstatiert. Nachdem im Jahr 2000 noch rd. 3,4

Mrd. Euro an Investitionszuschüssen zur Verfügung standen, belaufen sich seit dem Jahr 2005 die jährlichen Investitionszuschüsse aller Bundesländer in Summe auf rd. 2,7 Mrd. Euro. Bezogen auf die Investitionssumme pro stationärem Fall bedeutet dies seit 2005 einen Rückgang um rd. 12 %. Eine Anpassung entsprechend der Inflationsrate hat folglich nicht stattgefunden (► Abb. 1.3).

Gleichzeitig sind die Investitionszuschüsse in den einzelnen Bundesländern, bezogen auf Investitionsmittel pro stationärem Bett oder pro stationärem Patient, sehr unterschiedlich. So stellten bspw. Baden-Württemberg und Hessen in den letzten 5 Jahren im Durchschnitt rd. 180 EUR an Investitionsfördermitteln pro stationärem Patient zur Verfügung. Die Bundesländer Sachsen und Sachsen-Anhalt hingegen lediglich rd. 100 EUR.

Mittlerweile wird der Investitionsstau auf rd. 15 Mrd. Euro geschätzt. Um den laufenden Investitionsbedarf zu decken, sind nach Berechnungen jährlich rd. 5–6 Mrd. Euro erforderlich, wobei wie oben dargestellt nur 2,7 Mrd. Euro durch die Bundesländer an Fördermitteln zur Verfügung stehen. Die in den Bilanzen der Krankenhäuser sich widerspiegelnde Förderquote (Sonderposten für aus Fördermitteln finanziertem Sachanlagevermögen zu gesamtem Sachanlagevermögen), welche in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist und zuletzt im Durchschnitt nur noch rd. 55 % betrug, zeigt dass die Krankenhäuser in den letzten Jahren wesentliche Investitionen aus Eigen- bzw. auch Fremdmitteln finanziert haben. Trotz des zunehmenden Einsatzes von Eigen- und Fremdmitteln reklamieren rd. 60 % aller Krankenhausgeschäftsführer, dass sie nicht in ausreichendem Maße Investitionen tätigen können.

Mit dem im November 2015 verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetz wurden die Bundesländer verpflichtet, ihre Investitionszuschüsse nicht weiter zu reduzieren. Da jedoch gleichzeitig nicht davon auszugehen



**Abb. 1.3:** Investitionsfördermittel pro stationärem Patient in Euro seit 2000  
Quelle: Statistisches Bundesamt, DKG, Roland Berger

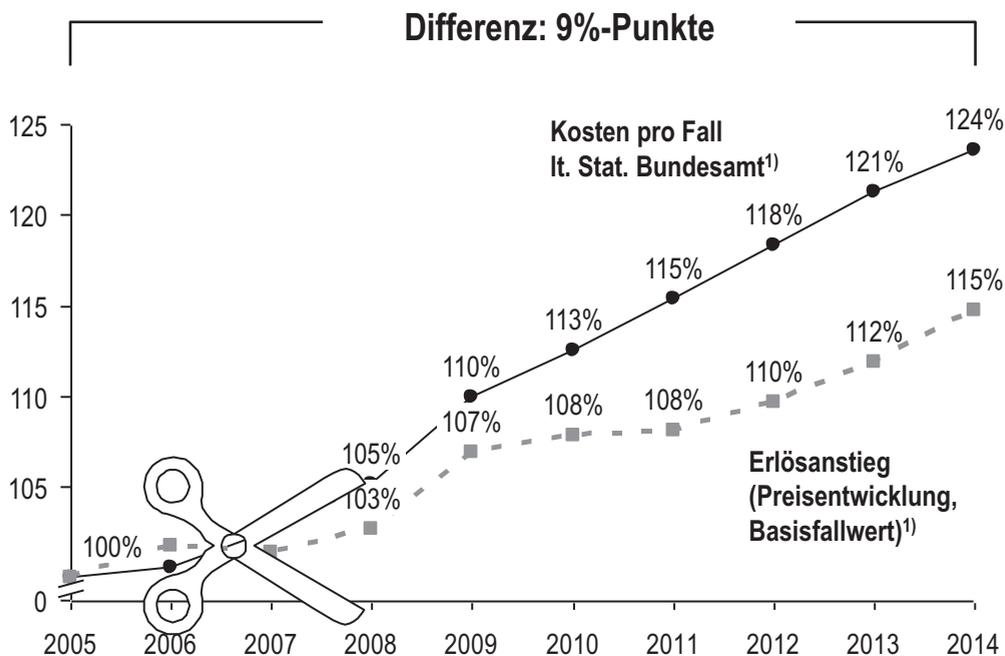
ist, dass die zur Verfügung gestellten Investitionsmittel erhöht werden, ist auch für die Zukunft von einer Stagnation der Fördermittel auszugehen. Damit einhergehend würde der Investitionsstau weiter anwachsen, wodurch zahlreiche insbesondere wirtschaftlich schwache Krankenhäuser unmittelbar in ihrer Wettbewerbsfähigkeit weiter eingeschränkt werden.

Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass zahlreiche Investitionen im Krankenhausbereich aus der Gesamtkostenperspektive auch unter Berücksichtigung einer hochqualitativen Patientenversorgung zu hinterfragen sind (z. B. Überversorgung an Herzkatheter-Plätzen in Deutschland). Um diese strukturelle Überversorgung zumindest zum Teil zu verbessern, ist im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes die Einführung eines sogenannten Strukturfonds vorgesehen. Hierdurch erhofft sich die Gesundheitspolitik, einen Anreiz für Bundesländer und Krankenhaus-träger zur Durchführung von Strukturveränderungen, wie z. B. die Schließung von Abteilungen oder auch ganzen Standorten, zu

schaffen. Vom Bund werden hierfür einmalig 500 Mio. Euro zu Verfügung gestellt. Da sich das jeweilige Bundesland zum Erhalt der Förderung mit einem gleich hohen Betrag beteiligen muss, wird ein maximales Volumen von 1 Mrd. Euro erreicht. Dieses »Investitionsbudget« soll den Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu den bisherigen Fördermitteln zugutekommen.

Als zweite Ursache für die schwierige wirtschaftliche Situation wird die seit Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 wirkende Kosten-Erlös-Schere im Rahmen stark steigender Tariflöhne bei gleichzeitig nur moderat ansteigenden Landesbasisfallwerten verantwortlich gemacht. Ausgehend vom Jahr 2005 sind bundesweit die Kosten pro stationärem Fall bis zum Jahr 2014 um rd. 24 % gestiegen. Im gleichen Zeitraum stiegen jedoch die Landesbasisfallwerte im Durchschnitt nur um rd. 15 %.

In den letzten Jahren wurde vom Gesetzgeber die Methodik zur Ermittlung der Landesbasisfallwert-Veränderung mehrfach angepasst (Psych-Entgeltgesetz 2012, Beitragsschuldengesetz 2013). Dies hat dazu



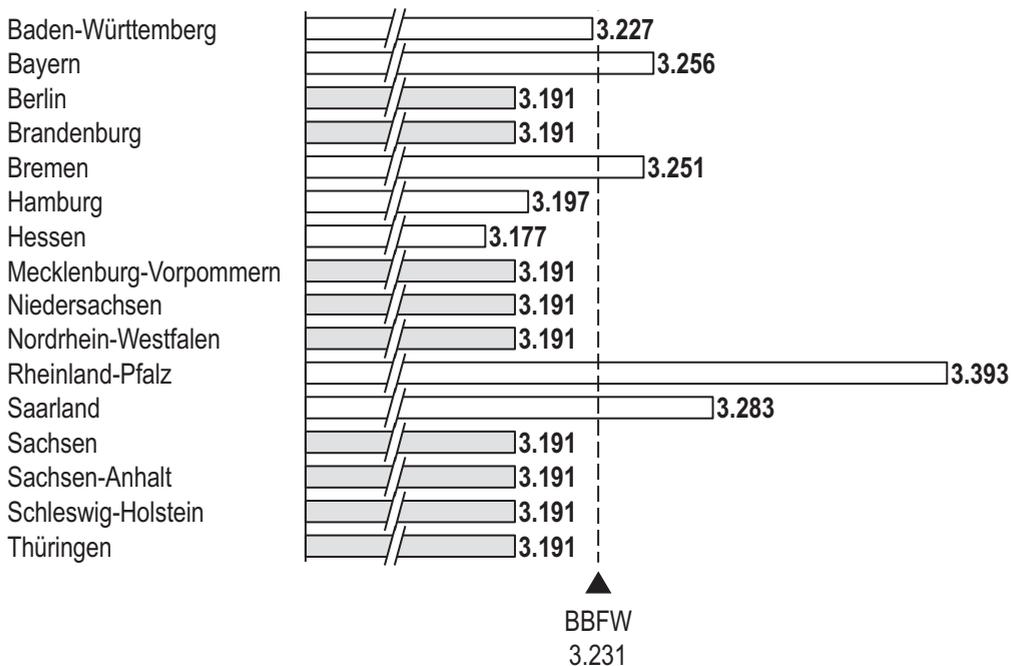
1) Indexiert auf 100% in 2005

**Abb. 1.4:** Kosten-Erlös-Schere im deutschen Krankenhauswesen in %  
Quelle: Statistisches Bundesamt, AOK, Roland Berger

geführt, dass sich die Kosten-Erlös-Schere in den meisten Bundesländern seither nicht oder nur noch zu einem geringeren Teil ausgewirkt hat. Vergleicht man die Landesbasisfallwerte zwischen den einzelnen Bundesländern, zeigen sich große Unterschiede. Im Jahr 2015 betrug der Unterschied zwischen dem Bundesland mit dem geringsten (Hessen) und dem Bundesland mit dem höchsten Landesbasisfallwert (Rheinland-Pfalz) 216 Euro. Dies bedeutet, dass ein Krankenhaus in Hessen für die Behandlung des gleichen Patienten rd. 6 % weniger erlöst als ein Krankenhaus in Rheinland-Pfalz. Dieser in der dargestellten Höhe schwer nachvollziehbare Unterschied der Landesbasisfallwerte soll dem Willen des Gesetzgebers nach in den nächsten Jahren einem bundesweit einheitlichen Basisfallwert für DRG-Krankenhausleistungen weichen. Hierzu wurden

die Landesbasisfallwerte in den letzten Jahren bereits in Schritten an einen so genannten »einheitlichen Basisfallwertkorridor«, der um den gewichteten Mittelwert der Landesbasisfallwerte konstruiert wurde, angenähert. Im Jahr 2015 hatten bereits neun Bundesländer den gleichen Landesbasisfallwert. Zwar steigt der Bundesbasisfallwert 2016 deutlich um rd. 3 % auf 3.312 Euro, allerdings können die Basisfallwerte der einzelnen Länder von diesem Wert aufgrund der definierten Korridor Grenzen weiterhin deutlich voneinander abweichen (zwischen -1,0 % und +2,5 %). Es ist daher nicht zu erwarten, dass es bis 2018 zu einer vollständigen Angleichung der Landesbasisfallwerte kommen wird.

Als dritte Ursache für die schwierige wirtschaftliche Situation wird die vom Gesetzgeber etablierte verminderte Vergütung von



**Abb. 1.5:** Landesbasisfallwerte der Bundesländer in Euro 2015  
 Quelle: AOK, DKG Roland Berger

Leistungssteigerungen im stationären Bereich verantwortlich gemacht. Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren mehrfach Veränderungen in der Vergütungssystematik von stationären Leistungen vorgenommen mit dem Ziel, möglichst geringe Anreize für Leistungsausweitungen im stationären Bereich zu setzen. Aktuell gilt für zwischen den Kostenträgern und dem jeweiligen Krankenhaus im Vergleich zum Vorjahr vereinbarte stationäre Mehrleistungen ein Abschlag i. H. v. 25 %. Dieser Mehrleistungsabschlag ist unabhängig davon zu bezahlen, ob die Mehrleistungen tatsächlich erbracht werden oder nicht. Zusätzlich ist dieser Mehrleistungsabschlag auch in den darauffolgenden zwei Jahren gültig. Für Leistungen, die über das verhandelte Leistungsbudget erbracht werden, ist sogar ein Abschlag i. H. v. 65 % hinzunehmen (sogenannter Mehrerlösausgleich). Im Rahmen des verabschiedeten

Krankenhausstrukturgesetzes wurde eine erneute Veränderung der Systematik vorgenommen. So soll der sogenannte Fixkostendegressionsabschlag ab dem Jahr 2017 die heute geltenden Abschläge ersetzen. Künftig sollen Krankenhäuser und Krankenkassen auf Landesebene schätzen, wie hoch der Anteil der fixen Kosten an einer Fallpauschale durchschnittlich ist, also zum Beispiel die in einer Fallpauschale enthaltenen Kosten für medizintechnische Geräte. Allen Krankenhäusern, die mehr Leistungen als zuvor vereinbart erbracht haben, soll dieser Anteil bei allen abgerechneten Mehrleistungen abgezogen werden. Da zuvor auf Bundeslandebene Leistungsveränderungen auch bei der Ermittlung der Landesbasisfallwert-Veränderung miteinbezogen wurden würde diese Anpassung Krankenhäuser mit gleichbleibender oder sinkender Leistung entlasten und gleichzeitig wachsende Krankenhäuser stärker

belasten. Problematisch scheint dies insbesondere im Hinblick auf den vom Gesetzgeber gleichzeitig stärker gewünschten Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern. Krankenhäuser mit guter Qualität und darauf basierender hoher Attraktivität für Patienten haben nur einen geringen Anreiz, ihre Leistungen entsprechend auszuweiten. Sie sind eher incentiviert, ihre Leistungsmenge stabil auf hohem Niveau zu halten bzw. nur moderat zu wachsen.

#### 1.1.2.4 Aktuelle Überversorgung vs. zukünftigem Versorgungsbedarf

Die genannten externen Gründe für die schwierige wirtschaftliche Situation der

Krankenhäuser sollten nicht darüber hinweg täuschen, dass in Deutschland noch immer eine Überversorgung an stationären Betten vorhanden ist. Die durchschnittliche Auslastung der stationären Krankenhausbetten beläuft sich auf nur 77 %. In den letzten Jahren hat sich die Auslastung trotz der sukzessiven Bettenreduktion und der steigenden Anzahl von stationären Patienten nicht erhöht. Grund hierfür ist die deutlich zurückgegangene stationäre Verweildauer. Während im Jahr 2000 der durchschnittliche Aufenthalt noch 9,7 Tage betrug, hat sich dieser bis zum Jahr 2014 sukzessive auf 7,4 Tage verringert. Gerade in den letzten Jahren ist die Verweildauer allerdings nur noch in sehr kleinen Schritten zurückgegangen.

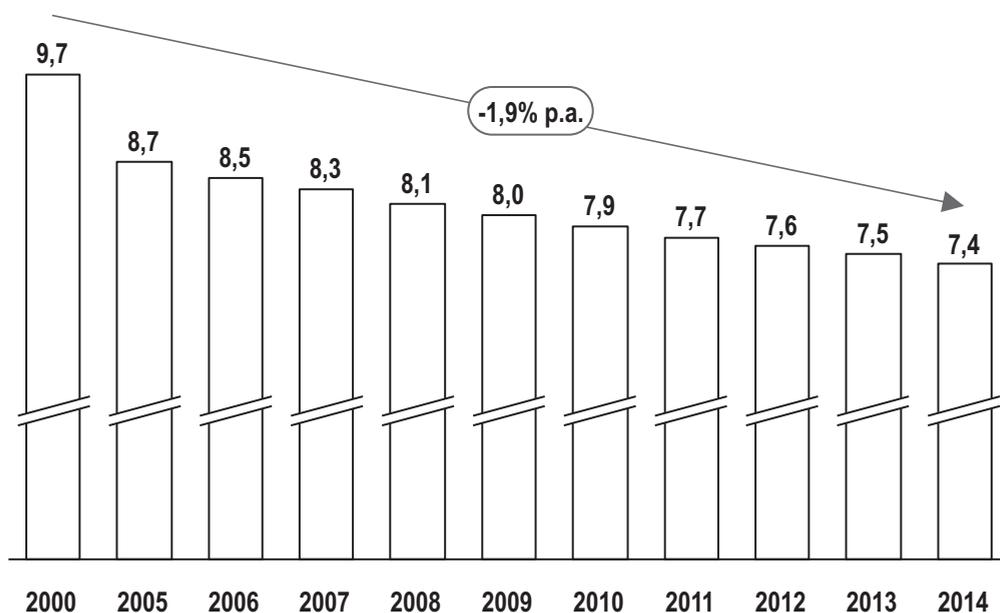


Abb. 1.6: Stationäre Verweildauerentwicklung in Deutschland in Tagen seit 2000  
Quelle: Statistisches Bundesamt, Roland Berger

Im internationalen Vergleich gibt es mehrere industrialisierte Länder (u. a. USA, Frankreich, Niederlande), bei denen der durch-

schnittliche Aufenthalt unter 6 Tagen liegt. Ein direkter Vergleich mit anderen Ländern ist allerdings aufgrund der z. T. sehr unter-

schiedlichen ambulanten Versorgungsstruktur nur eingeschränkt möglich. Trotzdem lassen sich hieraus Rückschlüsse auf ein weiteres Verweildauerreduktionspotenzial ziehen. Aufgrund der vorhandenen Anreizsystematik durch die Fallpauschalen-Vergütung im Rahmen des DRG-Systems kann davon ausgegangen werden, dass es auch in den Folgejahren zu einer weiteren Reduktion der Verweildauer kommen wird. Ein Nebeneffekt der je nach Krankheitsursache und -behandlung z. T. stark reduzierten Krankenhauserweildauer ist, dass viele Patienten heutzutage zu Beginn der Woche aufgenommen werden und bereits nach 3–4 Tagen, d.h. noch vor dem Wochenende, wieder entlassen werden. Die Auslastung liegt daher an vielen Kliniken am Wochenende oft 20 Prozentpunkte unter der Auslastung an Wochentagen. Krankenhäuser sind daher mehr denn je dazu aufgefordert, elektive Krankenhausaufenthalte im Hinblick auf eine optimale Nutzung vorhandener Kapazitäten zu planen sowie ihren Ressourceneinsatz zu flexibilisieren. Hinzu kommt, dass noch enorme Potenziale in der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten vermutet werden. Durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung könnten lt. Untersuchungen jährlich etwa 2 Millionen notfallbedingte Krankenseinweisungen vermieden werden. Viele Krankenhäuser haben auch noch Potenzial, durch Organisations- und Prozessoptimierung bisher stationäre, mit einer oder mehrerer Übernachtungen durchgeführte Untersuchungen bzw. Eingriffe zukünftig im Rahmen eines tagesklinischen Aufenthalts durchzuführen. Ohne weitere Bettenreduktionen oder Krankenhausschließungen wird es daher nicht zu einer signifikanten Verbesserung der Auslastung stationärer Krankenhausbetten kommen.

Eine weitere große Herausforderung für die Krankenhäuser ist die Anpassung des medizinischen Leistungsspektrums sowohl im Hinblick auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung als auch auf den geänderten

Versorgungsbedarf, insbesondere im Rahmen der demografischen Entwicklung. Bis 2020 wird der Bevölkerungsanteil der Generation 60+ von zuletzt 27% (2014) auf rd. 31% deutlich ansteigen (+3 Mio. Menschen in dieser Altersklasse). Entsprechend aktueller Prognosen steigt der Anteil bis 2060 kontinuierlich weiter auf 41%. Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass schon heute 50% der stationären Krankenhausaufenthalte auf diesen Bevölkerungsteil zurückzuführen sind. Da die durchschnittliche Krankheitsschwere dieses Patientenkollektivs höher ist als im Durchschnitt, ist die wirtschaftliche Bedeutung dieser Bevölkerungsklasse für die Krankenhäuser noch größer. Diese Entwicklung veranschaulicht die zunehmende Notwendigkeit eines spezifisch zugeschnittenen Leistungsangebots für ältere, oft multimorbide, Patienten. Zahlreiche Krankenhäuser haben bereits in den letzten Jahren hierauf reagiert und besonders betroffene Leistungsbereiche ausgebaut (z. B. Neurologie, Kardiologie) sowie hierauf spezialisierte Fachabteilungen/Zentren (z. B. Geriatrie, Palliativ) etabliert. Insgesamt profitieren die allermeisten Fachabteilungen in unterschiedlichem Maße aufgrund ihres Patientenalterspektrums von der Demografie-Entwicklung. Lediglich auf wenige Fachabteilungen, insbesondere Pädiatrie und Geburtshilfe, wirkt sich dieser Effekt negativ aus. Im Zusammenhang mit notwendigen Mindestzahlen (z. B. im Bereich der Versorgung Neugeborener) sowie hohen Vorhaltekosten haben sich einige Krankenträger bereits dazu gezwungen gesehen, diese Abteilungen aufzugeben und Leistungsangebote in diesen Bereichen wenn überhaupt nur noch in Kooperation mit anderen Krankenhäusern anzubieten. Weitere Treiber für die Anpassung des medizinischen Angebotsportfolios sind der zunehmende Fachkräftemangel im medizinischen Bereich sowie die zunehmende Diskussion um die Bezahlung der Leistungserbringung nach Qualität (Stichwort: qualitätsorientierte Vergütung). Das Kranken-